CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent des affaires autochtones et du Nord

INAN • NUMÉRO 109 • 1re SESSION • 42e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 24 mai 2018

Présidente

L'honorable MaryAnn Mihychuk

Comité permanent des affaires autochtones et du Nord

Le jeudi 24 mai 2018

● (1530)

[*Traduction*]

La présidente (L'hon. MaryAnn Mihychuk (Kildonan—St. Paul, Lib.)): Bienvenue, tout le monde, au Comité des affaires autochtones et du Nord de la 42e législature, première session. Nous tenons aujourd'hui notre 109e séance et, conformément à l'article 108(2) du Règlement, nous étudions les soins de longue durée dans les réserves.

Avant de commencer, nous reconnaissons toujours que nous sommes sur le territoire non cédé du peuple algonquin, ici à Ottawa. C'est un geste important pour nous y faire réfléchir, même momentanément, vu que nous sommes en train de comprendre la vérité et de nous diriger vers la réconciliation.

Le Comité est ravi de vous accueillir. Vous êtes au début d'une nouvelle étude sur les soins de longue durée. Nous espérons une étude de courte durée et très efficace sur les soins de longue durée, dont nous avons besoin dans de nombreuses collectivités. Nous recevrons des exposés. Vous avez 10 minutes pour chaque exposé, après quoi nous passerons aux questions des députés, pour terminer la séance. Je crois savoir qu'il y aura ensuite une séance à huis clos au sujet des travaux du Comité. C'est ce que nous ferons à la séance d'aujourd'hui.

Nous allons commencer par le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. Un peu déroutant, n'est-ce pas? Êtes-vous le ministère des Services aux Autochtones? Vous opinez du bonnet, mais vous n'êtes pas officiellement un ministère distinct tant que le projet de loi n'est pas adopté. Est-ce à cela que tient le problème?

M. Keith Conn (sous-ministre adjoint par intérim, Direction générale de la santé des premières nations et des Inuits, ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien): Je crois que oui. C'est un détail technique.

La présidente: Bienvenue, et je vous donne la parole, Keith. Voulez-vous nous éclairer?

M. Keith Conn: Merci, madame la présidente. Bonjour.

Je vous remercie de me donner l'occasion de venir vous parler des soins de longue durée dans les réserves. C'est évidemment une question importante pour toutes les collectivités, pour l'ensemble des Canadiens et pour les Autochtones en particulier, pour ce qui est du besoin de soins de longue durée.

Évidemment, les aînés ou les personnes âgées sont un aspect important des cultures autochtones, dont ils sont les dépositaires du savoir. Ils jouent également un rôle de premier plan dans la vitalité et le bien-être des communautés au sens large, comme membres de familles, en guidant les jeunes personnes et les jeunes familles, et sont la force des communautés et des nations. Les peuples autochtones se tournent vers leurs aînés qui sont les principales sources de connaissances traditionnelles, de sagesse et de continuité culturelle.

J'ai compris très clairement, lors de mes voyages et d'autres réunions d'affaires avec les collectivités et leurs dirigeants, que les membres individuels et les familles des Premières Nations veulent pouvoir rester chez eux le plus longtemps possible et, s'ils ont besoin de soutiens supplémentaires, rester dans leur communauté près de leurs êtres chers. C'est le message thématique commun que nous avons recueilli maintes et maintes fois.

De nombreux membres des Premières Nations, bien sûr, qui ne sont plus en mesure de vivre à la maison en toute sécurité en raison de maladies ou handicaps complexes doivent quitter leur communauté pour accéder à un logement convenable et à des soins adéquats. Dans certains cas, pour ceux qui ont déjà été forcés de quitter leur communauté pour aller vivre dans les pensionnats, cela peut être une nouvelle expérience traumatisante. C'est à y réfléchir.

Au niveau des besoins de services, il est important pour nous tous de ne pas perdre de vue que la demande de lits en soins de longue durée dépend du nombre d'aînés dans la population et de leur état de santé. Bien qu'encore relativement faible, le pourcentage de la population des Premières Nations de plus de 65 ans vivant dans les réserves est en progression rapide. En 2016, le chiffre atteignait 28 000 personnes. Selon les projections, le nombre de personnes âgées pourrait plus que doubler d'ici 2036, et atteindre 75 000 aînés des Premières Nations dans les réserves, qui auront probablement besoin d'un certain niveau de soutien en matière de logement ou d'aide à la vie autonome, de soins à domicile et en milieu communautaire et/ou de soins de longue durée.

En plus du nombre croissant d'aînés des Premières Nations, nous devons tenir compte de la nature et de la complexité de leurs problèmes de santé. Ce qui aggrave l'augmentation de la taille de la population d'aînés des Premières Nations, comme je l'ai mentionné, c'est le fait que les Premières Nations ont souvent plus de problèmes de santé chroniques — comme nous l'avons probablement tous entendu dans d'autres exposés — que les aînés non autochtones. Vers 60 ans, environ la moitié des adultes des Premières Nations dans les réserves ont reçu un diagnostic d'au moins quatre problèmes de santé chroniques. Mon amie et collègue Robin vous donnera certains détails là-dessus.

Cet après-midi, notre bref exposé vous donnera un aperçu des services existants dans le continuum des soins continus, la situation des soins de longue durée, et les possibilités futures, notamment les travaux d'élaboration de politiques en cours qui sont dirigés par les membres de Services aux Autochtones Canada, SAC.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, je tiens à clarifier, aux fins de l'exposé, que nous utilisons le terme « soins de longue durée » pour désigner les « soins en établissement de soins de longue durée », soit en fait une structure ou un centre doté d'une équipe d'experts. Le terme est utilisé différemment dans l'ensemble du pays. Nous pouvons imaginer que vous l'entendrez probablement dans différents secteurs de compétence, et territoires et provinces. Cependant, nous allons utiliser la définition de l'Association canadienne des soins de santé:

> Des soins fournis aux personnes ayant des besoins complexes en matière de santé qui ne sont pas en mesure de rester à la maison ou dans un milieu de vie favorable. Le service de santé est habituellement offert sur une longue période de temps aux personnes avec déficits fonctionnels modérés à vastes et/ou des maladies chroniques.

C'est la définition classique de l'Association canadienne des soins de santé qui guide certaines de nos discussions.

L'association elle-même utilise le terme « soins continus » pour définir un système composé de quatre éléments: soins à domicile, un grand domaine d'intérêt et d'investissement dans la perspective de Services aux Autochtones Canada, qui est actuellement la nôtre, et Robin pourrait nous donner plus de détails; les services de soutien communautaire; l'aide à la vie autonome; et les établissements de soins de longue durée. Les soins continus sont un système, dans notre perspective, de prestation de services englobant un éventail de services de santé et de services sociaux qui traitent des besoins de santé holistique, des besoins sociaux et de soins personnels des personnes qui n'ont pas, ou qui ont perdu, une certaine capacité de prendre soin d'elles-mêmes.

● (1535)

Ces services intégrés sont conçus pour améliorer le fonctionnement individuel et fournir un soutien et des soins adaptés à la culture dans la communauté dans la mesure du possible, à travers les différents stades du vieillissement et de la maladie, y compris les soins palliatifs et les soins de fin de vie.

Pour plus de clarté également, puisque l'étude porte sur les soins de longue durée dans les réserves, notre réponse sera axée sur les besoins et les programmes propres aux Premières Nations.

Maintenant, je vais céder la parole à ma collègue, l'infirmière Robin Buckland, qui vous donnera un bref aperçu du programme de soins à domicile et en milieu communautaire, et du programme d'aide à la vie autonome, deux des principaux instruments ou initiatives qui sont financés pour les Premières Nations dans les réserves.

Robin.

Mme Robin Buckland (directrice exécutive, Bureau des soins de santé primaires, Direction générale de la santé des premières nations et des Inuits, ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien): Excellent. Merci, Keith. J'aimerais remercier le Comité de me donner l'occasion de vous entretenir des soins de longue durée. Nous sommes tout enthousiasmés de voir le Comité étudier la question, et nous espérons donc pouvoir vous être utiles dans les remarques que nous vous adressons aujourd'hui.

Je passe directement à notre programme de soins à domicile et en milieu communautaire.

Le programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits date de 1999. Il est appliqué dans les communautés des Premières Nations et inuites à l'échelle du pays. Il est à la portée de 96 % des communautés des Premières Nations. Ses services sont accessibles sur la foi d'une évaluation des besoins, et un éventail de services est offert par l'intermédiaire du programme de soins à domicile pour venir en aide aux personnes souffrant de problèmes de santé aigus, chroniques et complexes, qui les obligent à rester à la maison.

Le programme comporte un certain nombre d'éléments clés qui doivent être offerts dans les collectivités. Il est administré essentiellement par des infirmières autorisées, des infirmières auxiliaires autorisées, et des travailleurs de la santé à domicile. En 2013-2014, plus de deux millions d'heures de service ont été consacrées à environ 35 000 clients à l'échelle de 686 collectivités inuites et des Premières Nations.

Le programme de soins à domicile doit être universel et accessible, mais il y a des lacunes. Les lacunes comprennent l'horaire limité de 9 heures à 17 heures, du lundi au vendredi. Imaginez une personne âgée qui vit chez elle et qui a besoin de services. Elle pourrait avoir besoin de quelque chose après 17 heures. C'est certainement un besoin et une lacune.

À l'instar des programmes provinciaux, le programme de soins à domicile et de soins communautaires limite la quantité de services et le nombre d'heures consacrés aux clients. Une autre lacune que nous avons observée avant le budget de 2017 était ce qu'on appelait jadis les « services alliés », comme la physiothérapie et l'ergothérapie. En général, les collectivités n'avaient pas les fonds nécessaires pour offrir ces services. Heureusement, avec le budget de 2017, nous avons vu un investissement de 184,6 millions de dollars sur cinq ans dans le programme. C'est très important. Les collectivités travailleront fort pour utiliser ces fonds afin d'accroître leurs services, d'augmenter leur nombre d'heures, et d'offrir certains nouveaux services, comme la physiothérapie et les soins palliatifs.

Brenda va nous dire un mot du programme d'aide à la vie autonome dont elle est responsable.

● (1540)

Mme Brenda Shestowsky (directrice principale, Direction générale de la politique sociale et des programmes, Secteur des programmes et des partenariats en matière d'éducation et de développement social, ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien): Merci, Robin.

Je remercie les membres du Comité de m'avoir invitée à faire des commentaires.

En plus des services offerts dans le cadre du programme de soins à domicile et en milieu communautaire, le ministère offre des services au titre du programme d'aide à la vie autonome. Ces services s'inscrivent dans l'éventail des soutiens non médicaux, comme l'entretien ménager, les services ménagers à domicile, etc. C'est un programme de 110 millions de dollars par année qui comporte trois composantes: les soins à domicile, les soins en foyer d'accueil pour adultes et les soins en établissement.

Les personnes admissibles peuvent bénéficier de services de soins à domicile — comme je l'ai mentionné, l'entretien ménager léger, les services domestiques, etc. — et profiter d'autres activités qui les aident à maintenir leur autonomie fonctionnelle à domicile. En 2016-2017, environ 9 600 personnes ont profité de la composante des soins à domicile du programme d'aide à la vie autonome.

Le placement en foyer d'accueil pour adultes est un autre type de service offert. Il offre de la supervision et des soins aux personnes qui sont incapables de vivre en autonomie à cause de déficiences physiques ou cognitives. Il s'agit de personnes qui n'ont pas besoin de soins infirmiers ou médicaux continus 24 heures sur 24. En 2016-2017, 118 personnes ont participé à la composante des foyers d'accueil pour adultes du programme d'aide à la vie autonome.

Le volet des soins en établissement contribue à subventionner la participation aux frais de logement pour ceux qui vivent en milieu institutionnel, dans un établissement de soins de longue durée, ou dans un foyer de soins personnels, que ce soit dans une réserve ou hors réserve. En 2016-2017, environ 830 personnes ont bénéficié de la composante des soins en établissement de ce programme.

Il importe de noter que ce programme fonctionne en réalité comme programme de soutien du revenu, en ce sens qu'il est réservé aux personnes qui ne peuvent se payer les soins en établissement ou à domicile. Il reflète très bien ce que font les provinces et les territoires dans le cas des soins à domicile et des services en établissement.

En plus de ne pas avoir les moyens financiers, les personnes ne doivent pas non plus pouvoir compter sur des proches pour le service. La portée de l'application du programme est donc très limitée.

Robin.

Mme Robin Buckland: Compte tenu du temps qu'il nous reste, je vais vous parler très brièvement du travail que nous faisons dans le domaine des soins de longue durée.

Nous explorons actuellement la question des soins de longue durée également. Les programmes de soins à domicile et d'aide à la vie autonome couvrent plusieurs choses, mais les soins de longue durée sont considérés comme lacunaires. Nous allons donc nous aussi nous pencher sur la question et sur les options de politique possibles.

La présidente: Très bien. Merci.

La première question sera posée par Will Amos.

M. William Amos (Pontiac, Lib.): Merci à nos fonctionnaires diligents qui viennent nous présenter aujourd'hui ce qui, pour beaucoup d'entre nous, mais pas tous, est un nouveau sujet, un sujet que nous ne connaissons pas tous. Je représente des communautés autochtones et je dois confesser que je ne connais pas la nature des soins de longue durée, par exemple, à Kitigan Zibi. Cela m'amène par ailleurs à réfléchir à la nature des consultations locales que je dois tenir dans le contexte de cette étude.

Pourriez-vous nous décrire rapidement la variabilité des divers services de soins de longue durée? Vous avez abordé certains sujets. Je pense que la plupart d'entre nous s'attendraient à ce que cela varie considérablement d'une collectivité à l'autre. Je n'ai aucune idée de la façon dont les variations se produisent. Cela pourrait aller dans un sens pour une communauté de 300 personnes, mais dans l'autre pour une communauté de 1 000 ou de 1 500 personnes.

J'aimerais que vous nous donniez un peu plus de détails à ce sujet.

● (1545)

Mme Robin Buckland: Bien sûr. Merci de votre question.

Les soins de longue durée sont une nouvelle question sur laquelle nous devons nous pencher à Services aux Autochtones Canada. Nous n'aurons probablement pas toutes les réponses. Nous ne faisons qu'explorer nous-mêmes les soins de longue durée. Étant donné qu'il s'agit d'une lacune dans les services mis à la disposition des Premières Nations dans les réserves, nous commençons à nous intéresser à la question nous aussi.

Je pourrais dire, et certains membres du Comité le savent peut-être, que les soins de longue durée varient considérablement à l'échelle du pays. Ils ne sont pas un service reconnu par la Loi canadienne sur la santé, si bien que les provinces l'offrent selon différentes modalités qui leur sont propres. Même à l'intérieur des provinces, il y a des variations.

En ce qui concerne les établissements de soins de longue durée dans les réserves, nous avons très peu d'établissements — et cela est davantage du ressort de Brenda. Sauf erreur, le nombre d'installations à l'échelle du pays est...

Mme Brenda Shestowsky: Le pays compte 29 établissements qui reçoivent du financement dans le cadre du programme d'aide à la vie autonome, mais il y en a beaucoup d'autres qui s'autofinancent avec l'aide des communautés des Premières Nations elles-mêmes. Nous en connaissons 53 en tout, et le développement des communautés dans les réserves est de plus en plus en demande.

M. William Amos: Quelle est la perspective de Services aux Autochtones Canada, du ministère donc, au sujet de la compétence et du rôle du gouvernement fédéral pour la prestation de services de longue durée? Y a-t-il un débat là-dessus? S'il y en a un, d'où ces points de discussion ou de débat proviennent-ils?

M. Keith Conn: Récemment, j'ai eu la chance de participer à une discussion tripartite avec les Chiefs of Ontario, les dirigeants de toute la province de l'Ontario, et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour élaborer certaines idées et options concernant les possibilités de partenariat et de monétisation pour les installations de soins de longue durée.

Comme nous le savons, par exemple, en Ontario, ils sont responsables de l'agrément des places en soins de longue durée et du fonctionnement des établissements, mais pas du processus de capitalisation. Je ne parlerais pas de débat dans ce cas, mais davantage d'un esprit de collaboration pour l'examen de diverses stratégies et options. Ainsi, il y a 30 000 personnes sur les listes d'attente dans la seule province de l'Ontario. Une partie de ce nombre représente probablement les membres des Premières Nations en quête d'espaces en soins de longue durée.

Je ne suis au courant d'aucun débat dans les autres secteurs de compétence. À mon avis, cela dépend dans une large mesure du mandat du gouvernement provincial ou territorial pour l'administration des établissements de soins de longue durée.

Dans certains cas, il y a eu des mécanismes de modélisation, de création de partenariats et de cofinancement. Je pourrais dire que nous avons fait des recherches de ce côté-là, mais je n'irais pas jusqu'à classer cela au rang d'un débat. C'est une simple discussion sur les possibilités de partenariats, de collaboration, qui s'inscrit dans l'énergie que je vois se dégager en Colombie-Britannique, en Nouvelle-Écosse et en Ontario. Cela peut varier dans les autres administrations.

M. William Amos: Le chef Jean Guy Whiteduck, de Kitigan Zibi, me dit toujours que son plus grand espoir, à lui et à sa communauté, est en fait un plus grand degré d'autonomie pour les transferts de sommes forfaitaires à sa collectivité, afin que les programmes, en santé comme en éducation, dans le domaine de la police, et ainsi de suite, puissent être couverts sans qu'il faille les faire approuver par le ministère. Ce genre de discussion va-t-il se répéter si le gouvernement fédéral se penche sérieusement sur les soins de longue durée?

Est-ce la collectivité, plutôt que le ministère, qui devrait piloter l'initiative?

M. Keith Conn: Excellente question. Le grand débat sur les nouvelles relations budgétaires avec les collectivités autochtones, les communautés des Premières Nations à l'échelle du pays est une bonne occasion, par exemple, pour envisager une subvention de 10 ans dans le cadre d'une relation de financement. La subvention assurerait une certaine souplesse, dois-je dire, sur le plan de la planification, de la monétisation des partenariats avec le secteur privé ou la province pour l'examen des besoins en installations dont la collectivité ferait sa priorité.

Je pense que nous en sommes aux premiers jours de cette discussion, mais nous avons certainement hâte d'atteindre notre objectif, qui a été annoncé publiquement, d'avoir au moins 100 bénéficiaires dans le cadre d'une entente de type subvention pour une période de 10 ans. Cela permettrait certainement de répondre aux besoins de la collectivité selon ses priorités, définies par elle-même et ses dirigeants.

De façon optimiste, je pourrais dire que cela ouvre une fenêtre pour l'innovation en matière de développement de partenariats ou pour du financement d'autres sources pour la construction des infrastructures mêmes. Nous sommes limités pour l'instant. Au moment où nous nous parlons, nous avons une contrainte de politique. Nous travaillerons aussi, bien sûr, avec le financement des immobilisations pour les établissements de santé, les postes de soins infirmiers, les centres de traitement, etc.

● (1550)

La présidente: Merci.

M. Keith Conn: Le besoin est grand.

La présidente: La parole est maintenant à Cathy McLeod.

Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC): Merci, madame la présidente.

J'ai été étonnée d'apprendre que 50 établissements de soins de longue durée ont ouvert leurs portes. Pourriez-vous fournir à nos analystes quelques noms, car il serait important de recueillir leur point de vue directement si nous voulons comprendre quelles sont les difficultés qu'ils ont à affronter et les possibilités qui s'offrent à eux. Ce serait très utile.

Mme Brenda Shestowsky: Nous pouvons certainement fournir cette information.

Mme Cathy McLeod: Merci.

Pour avoir vécu et travaillé dans des collectivités rurales, j'ai été témoin des difficultés des gens, ces dernières années — des maris et des femmes sont séparés parce que l'un doit aller en foyer et l'autre doit se débrouiller. Je me souviens d'un monsieur qui prenait le train une fois par semaine pour rendre visite à sa femme d'une cinquantaine d'années. C'est vraiment difficile, souvent à cause de l'éloignement.

On a consacré beaucoup d'efforts à l'adaptation des logements pour que les gens puissent rester chez eux le plus longtemps possible. Quel genre de budget distribue-t-on aux collectivités pour appuyer des travaux comme l'installation de rampes d'accès pour fauteuils roulants et de barres d'appui, par exemple? Avez-vous des programmes et des processus officiels en place pour appuyer ce travail dans les collectivités?

Mme Brenda Shestowsky: Une partie du financement provient d'autres secteurs du ministère. Les programmes d'infrastructure offrent du financement pour la rénovation domiciliaire.

Dans le cadre du Programme d'aide à la vie autonome, le financement que nous versons est lié aux services auxquels les gens peuvent avoir accès, comme les services d'aide à domicile, etc. Le programme n'a pas vraiment un volet portant sur les rénovations.

Le Programme des services de santé non assurés offre également des mesures de soutien. Des fauteuils roulants, par exemple, et d'autres appareils peuvent être proposés pour permettre une vie autonome.

Mme Cathy McLeod: Si quelqu'un accueille à la maison sa mère désormais clouée à un fauteuil roulant, comment va-t-il installer la rampe d'accès ou les barres de soutien? Le bureau du conseil de bande n'a pas forcément les fonds nécessaires pour ces aménagements.

M. Keith Conn: Les personnes en fauteuil roulant ont normalement un plan de sortie d'établissement qui comprend l'accès au matériel et aux fournitures voulus.

La question de la rampe est habituellement laissée à l'administration locale, qui doit voir comment elle peut assurer l'accès au logement. Les rampes sont habituellement financées par la bande. Lorsqu'elle manque de fonds, elle présente une demande au Fonds d'infrastructure des Premières Nations de Services aux Autochtones Canada pour obtenir de l'aide.

Mme Cathy McLeod: Si, par exemple, quelqu'un doit déménager à l'extérieur de la collectivité dans un établissement agréé par la province, dans quelle mesure votre direction générale assume-t-elle les coûts?

● (1555)

M. Keith Conn: Nous ne couvrons pas les coûts de réinstallation.

Mme Cathy McLeod: Je ne parle pas de réinstallation, mais si on doit placer des gens dans un établissement à l'extérieur de leur collectivité...

M. Keith Conn: Nous couvririons les frais en vertu de notre cadre de transport pour raison médicale.

Mme Cathy McLeod: Assumez-vous ces frais, à l'échelle du Canada, au même niveau que ce que font habituellement les provinces et les territoires?

M. Keith Conn: Je ne peux pas donner de réponse claire ni comparer ce que nous faisons à ce qui se fait dans les provinces et les territoires. Je ne savais pas qu'ils assumaient des frais de transport.

Mme Cathy McLeod: Non, je ne voulais pas parler du transport, mais du coût réel de la vie dans un établissement de soins de longue durée. Il s'agit de centaines de dollars par mois.

M. Keith Conn: Les taux et les coûts par lit varient d'une administration à l'autre.

Mme Cathy McLeod: Mais si la personne ne peut pas couvrir elle-même ces frais, votre direction générale assume-t-elle le tarif courant dans chaque province?

M. Keith Conn: Brenda, pouvez-vous essayer de répondre?

Mme Brenda Shestowsky: Oui, je peux répondre à cette question.

Si un résidant de la réserve est déplacé ou doit déménager pour avoir accès à un établissement de soins de longue durée ou à un établissement de soins chroniques hors réserve, alors oui, notre programme, le Programme d'aide à la vie autonome, couvrirait les frais de subsistance de cette personne ainsi que le coût des soins, à l'exception des soins infirmiers et médicaux spécialisés, dont le coût est assumé par le gouvernement provincial.

Mme Cathy McLeod: Le plus souvent, on appuie assez solidement un programme de jour qui permet à des adultes de se réunir. Avez-vous beaucoup de programmes de cette nature? Y a-t-il des collectivités qui ont ce genre de programmes en place?

Encore une fois, si vous pouvez penser à de bons exemples de collectivités qui ont un programme de jour solide chez elles, il serait bon d'avoir des noms de gens qui pourraient venir témoigner.

Mme Brenda Shestowsky: Nous pouvons assurément vérifier s'il y a des collectivités qui offrent de tels programmes. La participation à des programmes de jour est certainement une dépense admissible dans le cadre du Programme d'aide à la vie autonome. Que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur des réserves, ces personnes peuvent avoir accès à de tels programmes.

Mme Cathy McLeod: Vous avez parlé de 184 millions de dollars d'argent frais. Comment cet argent est-il distribué?

Mme Robin Buckland: Comme je l'ai dit, il y aura une répartition différente de ces fonds au cours des cinq prochaines années. Une partie sera consacrée aux soins palliatifs. La majeure partie servira uniquement à apporter d'autres améliorations au programme de soins à domicile et en milieu communautaire. Les services dont j'ai parlé et que nous n'avons normalement pas les moyens de couvrir, comme les services paramédicaux, seront financés par les fonds supplémentaires.

Mme Cathy McLeod: Mettons que vous soyez Tk'emlups, qui a déjà un programme. S'agit-il seulement de s'aligner sur la base? Y aura-t-il uniformité à l'échelle du Canada, soit le taux de base de ce qu'ils obtiennent?

Mme Robin Buckland: Oui, exactement.

Mme Cathy McLeod: Quel pourcentage cela représente-t-il?

Mme Robin Buckland: Je n'ai pas le pourcentage sous les yeux, mais c'est un investissement important. Notre budget était de 90 millions de dollars par année. Les 185 millions de dollars correspondent à un investissement supplémentaire sur cinq ans. C'est un investissement important qui sera réparti entre les collectivités.

Mme Cathy McLeod: Dans ce cas, il pourrait s'agir de 5 %, une fois le montant réparti sur cinq ans?

Mme Robin Buckland: Oui.

La présidente: La parole est maintenant au député Romeo Saganash.

M. Romeo Saganash (Abitibi—Baie-James—Nunavik—Eeyou, NPD): Merci, madame la présidente.

Je suis très heureux d'être de retour devant le Comité, même si c'est brièvement.

La présidente: Vous nous manquez déjà.

M. Romeo Saganash: Bienvenue à nos invités de cet après-midi. J'ai quelques questions à vous poser.

À la page 10 de votre mémoire, vous dites:

> À l'heure actuelle, le ministère des Services aux Autochtones Canada n'a pas l'autorité du programme pour offrir des services de soins de longue durée en établissement. Le ministère reconnaît que les soins à long terme sont une lacune pour les Premières nations dans les réserves.

Je suis heureux que vous le reconnaissiez, car bon nombre d'entre nous l'avons remarqué au fil des ans.

Étant donné que le pourcentage de la population autochtone vivant dans les réserves et ayant plus de 65 ans augmente rapidement — je crois que ce sont les mots que vous avez utilisés —, le ministère envisage-t-il, pour combler cette lacune, d'étendre le principe de Jordan aux aînés autochtones?

● (1600)

Mme Robin Buckland: Merci de cette question.

Le principe de Jordan s'applique certainement aux enfants des Premières Nations vivant dans les réserves ou en dehors. Nous avons travaillé très fort, comme vous le savez sans doute, afin d'améliorer pour les enfants l'accès aux services et de combler les lacunes que nous relevons.

Pour l'instant, le principe de Jordan s'applique aux enfants, mais nous pouvons envisager la situation de la même manière, en ce sens qu'il y a une lacune et que nous voulons la combler. Nous travaillons très fort pour améliorer les résultats, par exemple, pour les aînés des Premières Nations qui vivent dans les réserves, afin que leur état de santé soit semblable à celui des autres Canadiens.

À mon avis, le principe de Jordan est une façon utile de voir les choses: il faut essayer de combler les lacunes. Mais le principe de Jordan en tant que tel s'applique aux enfants. Malgré tout, nous travaillons très fort pour cerner le problème et trouver des solutions afin de combler les lacunes.

M. Romeo Saganash: L'un des facteurs importants à considérer, pour les services de cette nature, c'est la situation des collectivités rurales et éloignées. Il est certain que les services y font défaut. Y a-t-il un plan à cet égard également?

Voici un exemple. Le programme Nutrition Nord vise les collectivités isolées qui ne sont pas accessibles par la route. Ce programme a été conçu expressément pour elles. Envisageons-nous une démarche semblable pour les services dont vous parlez?

M. Keith Conn: Je vais essayer de répondre. Merci de votre question.

J'ai écouté un certain nombre de collectivités aux quatre coins du Canada donner leur point de vue sur les soins de longue durée pour les aînés et j'ai travaillé avec elles. D'après mon expérience, on peut dire, et plusieurs ont dit la même chose, que, selon la taille des collectivités et l'endroit où elles se trouvent, il n'est pas toujours possible d'avoir un établissement de soins de longue durée dans chacune, à l'évidence. Mais là où la masse critique est atteinte, ce peut être un choix logique.

Par exemple, en Ontario — je regrette de toujours prendre cette province en exemple, mais c'est là que j'ai acquis mon expérience —, Wikwemikong est une grande collectivité de l'île Manitoulin. De plus, les Six Nations ont évidemment une population importante. Oneida a un établissement vraiment merveilleux, avec des patients autochtones et non autochtones, tout comme Akwesasne, bien sûr. Il y a là la masse critique nécessaire pour justifier la construction d'établissements. Il y en a peut-être d'autres localités qui ont aussi cette masse critique.

D'après ce que je comprends, les gens veulent examiner différentes options et modalités — un modèle en étoile, par exemple.

Pensons à Sioux Lookout, par exemple. Il y a une forte population de la communauté oji-crie du Nord qui vit à Sioux Lookout ou en provient. Au moins, ces gens-là auraient un meilleur accès aux services s'ils pouvaient compter sur un établissement de soins de longue durée, ce qu'ils préconisent actuellement. La Ville de Sioux Lookout, la Sioux Lookout First Nations Health Authority et un certain nombre de chefs ont examiné un modèle qui permettrait de servir le Nord-Ouest de l'Ontario.

Il faudra être souple et faire preuve d'innovation en utilisant des approches différentes pour les collectivités rurales et éloignées. C'est toutefois une question d'accessibilité. Nous avons de nombreuses collectivités accessibles par avion et ce n'est pas tout le monde qui peut se payer un vol.

M. Romeo Saganash: J'ai posé la question parce que, lorsque vous avez parlé de lacunes à combler, vous avez signalé dans votre exposé certains des obstacles qui existent. Que faites-vous en ce moment pour éliminer ces obstacles? C'est pourquoi j'ai utilisé le mot « plan ».

Mme Robin Buckland: Que faisons-nous pour éliminer les obstacles? La première chose à dire, probablement, c'est que nous essayons, dans le continuum des soins, d'investir de façon que les membres de la collectivité puissent rester chez eux aussi longtemps qu'ils le peuvent et qu'ils le veulent — chez eux et dans leur milieu —, mais lorsque ce n'est plus possible, nous essayons de leur trouver une place un peu plus près de chez eux.

Grâce au travail que nous allons faire sur les soins de longue durée au cours des prochains mois, nous espérons être en mesure de mieux cerner les obstacles et, de concert avec nos partenaires et les membres de la collectivité, de trouver des solutions aux problèmes. C'est l'approche que nous adoptons, c'est-à-dire que nous essayons de définir les problèmes avec les membres de la collectivité — certains problèmes nous sont connus mais d'autres ne le sont peut-être pas — et ensuite de trouver les meilleures solutions.

J'espère que, au cours des prochains mois, nous serons en mesure de mieux répondre à cette question et de mieux définir, avec nos partenaires et les Premières Nations, la façon d'aborder ces questions.

● (1605)

La présidente: La parole est maintenant au député Gary Anandasangaree.

M. Gary Anandasangaree (Scarborough—Rouge Park, Lib.): Je vais céder la parole à M. Harvey.

La présidente: Nous allons passer à M. T.J. Harvey.

M. T.J. Harvey (Tobique—Mactaquac, Lib.): Merci, madame la présidente.

Je remercie les témoins de leur présence.

Un mot pour commencer de cette idée de soins de longue durée de niveau 3 ou 4 en établissement. Quelle population faudrait-il pour faire vivre un établissement de soins de longue durée? Quel seuil a-t-on calculé?

Normalement, au Nouveau-Brunswick, d'où je viens, il faut un centre urbain de 4 000 à 5 000 personnes, enrichi d'une population périphérique, pour soutenir un établissement de cette taille. Quel est le chiffre qui convient, selon vous? À quoi ressemblerait cet établissement? Serait-il mixte, regroupant l'aide à la vie autonome et des soins des niveaux 3 et 4 comme approche globale des soins en fin de vie, ou faudrait-il des modèles conceptuels différents qui seront adaptés à une collectivité ou à un groupe de collectivités? Comment voyez-vous cela?

Je suis vraiment préoccupé par la rentabilité de la construction d'établissements. C'est formidable si les collectivités ont les moyens de construire leurs propres établissements. Certaines collectivités ont choisi de le faire, mais ce n'est pas parce qu'elles ont fait ce choix qu'il est forcément viable. Bien sûr, au Nouveau-Brunswick, on a exactement le problème inverse. Sauf dans les collectivités autochtones, la population diminue. Nous sommes en train de construire pour le sommet de la courbe de la cloche, sachant très bien que, dans 15 ou 20 ans, les établissements de soins de longue durée les plus anciens seront en fait mis hors service ou transformés en autre chose parce que nous n'aurons tout simplement pas la population nécessaire pour les faire vivre. Qu'en pensez-vous?

M. Keith Conn: Je vais dire un mot, rapidement puis Robin pourra intervenir. La question est très intéressante.

À mon humble avis, la rentabilité... Par exemple, l'établissement de soins de longue durée d'Oneida, dans le sud-ouest de l'Ontario, a un modèle mixte, c'est-à-dire qu'on y regroupe les soins de longue durée, l'aide à la vie autonome et les soins en établissement de niveau 3 et 4. La mission est multiple, si je puis dire, de façon que l'établissement soit viable et durable.

Le même principe s'applique aux autres établissements dont j'ai parlé plus tôt. C'est une formule mixte. Il n'y a pas que des services des niveaux 3 ou 4. Cela n'a tout simplement pas de sens pour cette population locale, mais les établissements cherchent aussi à offrir des services à la population environnante. De toute évidence, ils devront tenir compte des besoins diversifiés de la région pour parvenir à la rentabilité et se maintenir dans la durée. Manifestement, cela fonctionne depuis un certain nombre d'années. Mais, encore une fois, il s'agit de collectivités exceptionnelles où la population est élevée. Nous devons certainement examiner des variantes de ces approches.

Robin.

Mme Robin Buckland: Je n'ai pas grand-chose à ajouter. C'est vraiment logique. Certaines collectivités des Premières Nations nous ont dit qu'elles envisageaient de construire des établissements de soins de longue durée qui ne serviraient pas seulement les Premières Nations. Il y a donc aussi des possibilités d'affaires pour les collectivités des Premières Nations. Il y a toute une série de modèles. Nous pouvons examiner les différentes possibilités. Encore une fois, le plus important, c'est que les Premières Nations déterminent ce qui répond le mieux aux besoins de la collectivité. Les possibilités sont nombreuses.

Mme Brenda Shestowsky: Oui, je suis d'accord. Nous avons déjà vu un certain nombre de modèles différents d'un bout à l'autre du Canada, dont ceux qui sont vraiment fondés sur un modèle d'affaires où les collectivités desservent aussi les populations hors réserve, et des populations appartenant à la société majoritaire. Il y a donc différents modèles. Comme mes collègues l'ont dit, cela dépend vraiment des collectivités, de la façon dont elles voient leurs populations se projeter et croître et dont elles perçoivent leurs besoins.

● (1610)

M. T.J. Harvey: Je voudrais aborder rapidement un point que la députée McLeod a signalé plus tôt au sujet de l'accessibilité et de l'idée de garder les gens chez eux aussi longtemps qu'ils le souhaitent.

Ma famille a pu faire ce choix. Ma grand-mère voulait rester chez elle le plus longtemps possible, et elle a pu le faire pendant environ cinq années supplémentaires grâce à quelques améliorations simples apportées à sa maison. Au Comité, nous avons beaucoup discuté du logement dans les réserves et de la nécessité d'y construire des logements en se souciant de l'accessibilité, c'est-à-dire en prévoyant à tout le moins un minimum de logements accessibles. Chaque maison construite devrait répondre aux critères d'accès sans obstacle, avoir des portes et des couloirs plus larges et des installations sanitaires au rez-de-chaussée afin que nous puissions préparer l'avenir et permettre aux gens de rester chez eux.

À votre avis, faudrait-il tenir compte de ce facteur? Comment aborder la question avec les collectivités qui envisagent de construire des logements? Nous savons que beaucoup de collectivités ont grandement besoin d'en construire. Peut-être est-ce une idée à faire valoir, ou à laquelle il faut réfléchir pour le long terme.

M. Keith Conn: Excellente question. Des dirigeants des Premières Nations ont demandé dans diverses tribunes, dans des documents de travail et des résolutions des logements sûrs et abordables pour les aînés de leur collectivité, et ils ont parlé, justement, de l'accessibilité, des logements sans obstacles, etc. Les collectivités ont aussi pris des initiatives pour développer des complexes ou des foyers pour les aînés. Ils utilisent toutes sortes de termes, mais c'est exactement la même chose.

C'est certainement un facteur dont il faut tenir compte dans une approche plus large, une approche holistique du logement. Il ne s'agit pas seulement des soins de longue durée. Il faut aussi des logements adaptés, sûrs et abordables pour les aînés. Les collectivités nous ont fait part directement de la nécessité d'examiner la question.

M. T.J. Harvey: Même d'un point de vue général, c'est tout simplement une question de bon sens. Un de mes meilleurs amis est un tétraplégique au niveau de la C5. Vous ne sauriez jamais qu'il est en fauteuil roulant à moins de le rencontrer. Sa maison a été construite de façon à ce qu'il n'y ait aucune entrave d'accès.

Le fait est que si nous concevons des maisons de la bonne façon avant la construction, il n'y a pas de coût important, mais les avantages à long terme pour ces communautés sont incommensurables parce que cela leur donnera beaucoup plus de latitude.

M. Keith Conn: Exactement.

M. T.J. Harvey: C'est tout.

La présidente: La parole est maintenant à M. Viersen.

M. Arnold Viersen (Peace River—Westlock, PCC): Merci, madame la présidente, et merci à nos témoins d'être ici aujourd'hui.

En ce qui concerne l'aide médicale à mourir, c'est l'un des premiers projets de loi auxquels nous avons travaillé lorsque je suis arrivé ici. Tenez-vous des dossiers au sujet de l'incidence sur nos communautés des Premières Nations?

Mme Robin Buckland: C'est une question difficile. Pour ce qui est de l'aide médicale à mourir, c'est certainement une question délicate.

Du point de vue des soins à domicile — et je reconnais que c'est le domaine dont je suis le plus directement responsable —, la façon dont nous envisageons la question dans le cadre de ce programme est de veiller à faire de bons investissements dans les soins palliatifs et les soins de fin de vie avant de discuter de l'aide médicale à mourir.

Je suppose que je n'ai pas de réponse à vous donner, si ce n'est que c'est une question que nous devons approfondir et dont nous devons discuter avec nos partenaires.

M. Keith Conn: Au cours de tous mes voyages privilégiés dans ce pays, je n'ai entendu parler d'aucune demande ou intervention visant à aider une personne dans la collectivité à obtenir l'aide médicale à mourir. Je n'ai jamais entendu parler d'aucune demande particulière. Dans un tel cas, nous nous en souviendrions, pour être honnête. Nous aurions assurément posé des questions.

● (1615)

M. Arnold Viersen: Oui, parce qu'on nous a dit que...

M. Keith Conn: Les soins palliatifs constituent la solution. Selon ce que nous disent les gens des communautés, il nous faut un solide programme de soins palliatifs pour que les gens puissent mourir dans la dignité dans la communauté, avec leur famille.

M. Arnold Viersen: Je suis heureux de l'entendre.

Vous avez mentionné qu'il y a déjà plusieurs établissements dans les réserves. Comment une communauté peut-elle obtenir les fonds nécessaires pour lancer l'une de ces initiatives? Nous comptons 14 Premières Nations, et je sais qu'un certain nombre d'entre elles... L'une se trouve à 200 kilomètres du grand centre le plus proche, et elle a soumis une pétition à la province pour qu'elle l'aide à construire un tel établissement. Y a-t-il des fonds disponibles dans l'un de vos volets?

M. Keith Conn: Voulez-vous essayer de répondre à cela, Robin?

Mme Robin Buckland: Non, allez-y.

M. Keith Conn: D'accord. Je vais commencer.

Comme nous l'avons dit plus tôt, nous n'avons pas de programme stratégique pour la construction d'établissements de soins de longue durée.

Dans la plupart des cas — et Brenda pourra peut-être vous en parler aussi —, les communautés ont fait preuve de débrouillardise pour ce qui est des revenus autonomes, de la contribution du secteur privé ou d'autres sources de revenus — par exemple, de l'Administration financière des Premières Nations. Ils ont donné l'impulsion nécessaire, construit les établissements, puis assuré l'exploitation et l'entretien de ces établissements de soins de longue durée par les provinces ou les territoires, de façon générale.

Brenda, vous avez peut-être plus de détails à nous fournir?

Mme Brenda Shestowsky: Non, pas plus que cela. Je dirais que la plupart des communautés, comme Keith l'a dit, sont très ingénieuses lorsqu'il s'agit d'obtenir des contributions du secteur privé. Certains gouvernements provinciaux sont très intéressés, particulièrement en ce moment, à établir des partenariats avec les communautés pour mettre sur pied des établissements de soins de longue durée, et la majorité d'entre eux utiliseraient des revenus autonomes.

M. Arnold Viersen: Si un membre d'une Première Nation se trouve dans un établissement de soins de longue durée qui se situe à l'extérieur d'une réserve, financez-vous ce service...?

Mme Brenda Shestowsky: Nous finançons la participation aux coûts de la personne. Il y a peut-être encore un écart au chapitre du coût de fonctionnement de l'établissement.

M. Arnold Viersen: Est-ce que le même financement leur serait offert s'il s'agissait d'un établissement situé dans une réserve?

Mme Brenda Shestowsky: Oui.

M. Arnold Viersen: Pour ce qui est des soins palliatifs dont vous avez parlé plus tôt, nous avons vu des initiatives en la matière à la Chambre des communes. Comment cela est-il mis en oeuvre par l'entremise de votre organisation?

Mme Robin Buckland: Je vais également répondre à la question du député McLeod en ce qui concerne l'argent. Je n'ai pas donné beaucoup de précisions, mais je viens de m'y retrouver dans mes notes. Le budget des soins palliatifs est de 19,5 millions de dollars sur quatre ans et, comme je l'ai dit à quelques reprises, nous voulons vraiment travailler avec nos partenaires communautaires pour déterminer comment les soins palliatifs seront mis en œuvre. Chaque région collaborera avec nos tables de partenariat pour décider de la façon dont elle mettra en œuvre les programmes de soins palliatifs dans ses communautés. Cela variera d'une région à l'autre.

M. Arnold Viersen: Combien de temps me reste-t-il?

La présidente: Il vous reste environ une minute et demie... Oh, désolée, le greffier vient de me rappeler que vous n'aviez que cinq minutes.

M. Arnold Viersen: Je vous remercie donc pour les 33 secondes supplémentaires.

La présidente: J'aime être généreuse, surtout avec vous.

Monsieur Vandal.

M. Dan Vandal (Saint-Boniface—Saint-Vital, Lib.): Merci de votre exposé.

J'aimerais revenir à la question des établissements. Vous avez mentionné que 29 établissements ont été financés. Je crois que c'est Robin qui a dit cela, ou était-ce plutôt Brenda?

Mme Brenda Shestowsky: Oui, 29 établissements ont obtenu des fonds.

M. Dan Vandal: De plus, 53 établissements étaient des établissements à revenus autonomes. Les 29 font-ils partie de ces 53 ou ai-je fait une erreur?

Mme Brenda Shestowsky: À l'heure actuelle, 29 établissements comptent des résidents qui reçoivent du financement dans le cadre du programme d'aide à la vie autonome. Il y a une autre...

M. Dan Vandal: Est-ce que ce sont les personnes qui reçoivent du financement ou les établissements?

Mme Brenda Shestowsky: Si le client réside à l'extérieur de la réserve, le financement va parfois aux établissements, et parfois à la personne. Cela dépend des rapports qu'entretient la communauté avec la collectivité hors réserve. Pour les communautés dans les réserves, le financement irait directement à la bande pour qu'elle s'occupe des personnes qui résident dans l'établissement.

● (1620)

M. Dan Vandal: D'accord. Vous avez aussi parlé d'établissements à revenus autonomes. De quoi s'agit-il?

Mme Brenda Shestowsky: Je dirais que l'infrastructure de la majorité des établissements a été développée grâce à des revenus autonomes. Le ministère n'a pas financé la construction des établissements. Certains établissements n'ont pas demandé de financement pour l'aide à la vie autonome. Certaines bandes ont construit des établissements dans des réserves et n'ont pas demandé de financement dans le cadre du programme d'aide à la vie autonome pour aider ces personnes.

M. Dan Vandal: Mon chiffre est-il exact? Je vous ai entendu dire 53.

Mme Brenda Shestowsky: Le nombre total...? Nous en avons 24 qui n'ont pas demandé de financement dans le cadre du programme et 29 qui en ont reçu.

M. Dan Vandal: Pour un total de 53?

Mme Brenda Shestowsky: Exact.

M. Dan Vandal: Sur le plan géographique, y a-t-il une province qui compte plus d'établissements que d'autres, ou les établissements sont répartis également, ce dont je doute?

Mme Brenda Shestowsky: Non, ils ne sont pas répartis également. Il y en a assurément un bon nombre au Québec et au Yukon.

M. Dan Vandal: Je viens de Winnipeg. Combien y en a-t-il au Manitoba?

Mme Brenda Shestowsky: Le Manitoba compte 10 établissements dans des réserves.

M. Dan Vandal: D'accord. J'y reviendrai plus tard.

En ce qui concerne les soins à domicile, j'en ai eu une certaine expérience avec ma mère, qui vivait en milieu urbain — elle est décédée depuis —, où des travailleurs venaient tous les jours et rentraient chez eux à la fin de la journée. C'était assez simple et très utile. Comment cela fonctionne-t-il dans une réserve isolée?

Mme Robin Buckland: Comme je l'ai mentionné, la bande est financée par l'entente de contribution. Ils ont mis sur pied leur programme de soins à domicile et de soins communautaires. Ils embauchent des infirmières et des travailleurs de soutien à domicile. Ils gèrent le programme.

Le programme a été bien conçu. Il faut voir certaines choses. Par exemple, l'infirmière doit évaluer la personne et déterminer les soins dont elle a besoin.

M. Dan Vandal: Les personnes vivent dans la communauté.

Mme Robin Buckland: Elles pourraient vivre dans la communauté. Elles pourraient visiter la communauté. S'il y a un thème récurrent, c'est que divers modèles peuvent être observés. Dans les communautés isolées, c'est un peu comme des postes de soins infirmiers, où il est difficile de recruter et de maintenir en poste des infirmières et des infirmiers.

De façon générale, le programme est semblable à ce que vous auriez pu voir ou vivre avec votre mère.

M. Dan Vandal: D'accord.

Vos services ne participent pas à l'embauche des travailleurs. Vous concluez des contrats avec les bandes et les Premières Nations, partout au pays.

M. Keith Conn: C'est exact. Dans le cadre d'ententes de contribution, les communautés, les dirigeants et les services de santé déterminent comment ils gèrent et offrent le programme de soins à domicile. Idéalement, ils embauchent des gens de la région. Ils emploient des infirmières qui font partie de la communauté, de façon optimale.

M. Dan Vandal: Est-ce le même modèle pour les établissements, ou est-ce que les bandes et les Premières Nations les opèrent elles-mêmes?

Mme Brenda Shestowsky: Elles le font elles-mêmes.

M. Dan Vandal: Merci.

La présidente: La parole est maintenant au député Kevin Waugh.

M. Kevin Waugh (Saskatoon—Grasswood, PCC): Merci madame la présidente.

Bienvenue à tous.

Pour revenir aux questions de M. Vandal, j'ai constaté les lacunes. Cela fonctionne du lundi au vendredi, de 9 heures à 17 heures, sans couverture la nuit, les fins de semaine et les jours fériés. Entre 9 heures et 17 heures, tout va bien, mais que se passe-t-il entre 17 heures jusqu'au lendemain matin? Il n'y a probablement pas de service de fin de semaine dans bon nombre de ces communautés. Il n'y a pas de service les jours fériés.

Mme Robin Buckland: Non, vous avez raison. Lorsque le programme a été conçu en 1999, nous avions un budget de 90 millions de dollars par année — Keith me corrigera si je me trompe — jusqu'au budget de 2017. Il n'y a pas eu d'augmentation. La direction générale a travaillé très fort pour trouver des fonds supplémentaires à investir dans le programme de soins à domicile. Depuis le budget de 2017, nous avons maintenant des ressources supplémentaires, et les communautés les obtiendront. Espérons qu'il y aura des possibilités d'élargir les services et de fournir les services de physiothérapie qui n'étaient pas offerts auparavant.

Souvent, après les heures normales, dans une communauté éloignée et isolée, les personnes âgées doivent se rendre au poste de soins infirmiers pour recevoir des soins. C'est donc difficile pour les personnes à mobilité réduite. Il y a assurément des lacunes importantes.

● (1625)

M. Kevin Waugh: J'ai cru comprendre que le budget est de 36 millions de dollars par année pour les quatre prochaines années, si j'ai bien divisé.

Qui décide où les fonds sont dépensés?

Mme Robin Buckland: Keith pourra peut-être vous en dire davantage à ce sujet.

L'on utilise une formule fondée sur la taille de la population et l'éloignement. C'est ainsi que les fonds sont répartis.

M. Keith Conn: Essentiellement, c'est exact. Nous travaillons avec nos partenaires dans chaque région et territoire pour trouver la meilleure façon de répartir les fonds. Il s'agit d'un processus axé sur une formule pour assurer une certaine équité à tous les niveaux. Il s'agit aussi de veiller à ce que les petites communautés aient une base qui compte au moins une infirmière en soins à domicile et en soins communautaires à plein temps plutôt qu'à temps partiel.

Pour revenir à votre question de tout à l'heure, même si un horaire de 9 à 5 peut sembler rigide, je ne pense pas qu'il corresponde à la réalité dans un certain nombre de communautés. Les personnes peuvent commencer à 8 heures, terminer à quatre heures ou travailler jusqu'en soirée, selon les besoins. Robin me corrigera si je me trompe, mais je crois qu'il convient de signaler que les infirmières en soins à domicile travaillent en collaboration avec les familles. Elles travaillent avec les filles, les fils et les tantes pour aider aux tâches de base de remplacement des pansements ou quoi que ce soit d'autre. Leurs tâches n'arrêtent pas nécessairement à 17 heures à proprement parler.

Encore une fois, la bande détermine, de concert avec le service de santé local, quel est le meilleur régime. Les personnes s'adaptent et font preuve de souplesse. Un horaire de 9 à 5 peut sembler trop « clinique », si je peux m'exprimer ainsi. Je ne pense toutefois pas qu'il corresponde à la réalité de ce que veulent les communautés et de ce dont elles ont besoin.

En général, grâce aux nouveaux investissements, il y aura beaucoup plus de mobilité et de souplesse en ce qui concerne la conception et les heures de travail. C'est important de le souligner.

M. Kevin Waugh: Merci de votre réponse.

Qui est responsable de l'éducation? Je reviens tout juste du Nunavut, et il y a des communautés de 200 et 300 personnes qui ne parlent pas d'autre langue que la leur. Qui est responsable de la formation de ces gens? Puisque nous entendons souvent dire que la langue est un obstacle, ce serait évidemment un obstacle important en santé. Qui est responsable de l'aspect éducatif de la formation, non seulement pour les Premières Nations, mais aussi pour les Inuits, les Métis et les personnes qui parlent d'autres langues?

Mme Robin Buckland: Qui est responsable de la formation des gens qui fournissent les services dans ces communautés?

M. Kevin Waugh: Oui. Disons que je réside à Chesterfield Inlet, qui compte une population de 400 personnes, ou Dieu seul sait où.

Mme Robin Buckland: Dans le cadre de notre programme de soins à domicile et dans nos régions, notre personnel régional peut appuyer les communautés.

M. Kevin Waugh: Quand vous dites « régional », pouvez-vous préciser votre pensée?

Mme Robin Buckland: Bien sûr. Services aux Autochtones Canada a son siège social — c'est nous — ici à Ottawa, et compte aussi des bureaux régionaux. Au Manitoba par exemple, ils sont à Winnipeg. Le personnel là-bas est chargé de travailler avec les bandes et les communautés qui ont reçu des fonds pour fournir des soins à domicile. Ce personnel travaille avec elles pour s'occuper du volet éducatif des infirmières et de la formation continue pour s'assurer qu'elles ont les compétences nécessaires pour fournir les services.

Keith a parlé de l'importance d'embaucher localement. Pour ce qui est de la langue, il est plus probable de pouvoir embaucher quelqu'un qui communique dans la langue parlée dans la communauté si vous embauchez localement. La région travaille avec la bande et la communauté pour s'assurer que les gens sont formés.

● (1630)

M. Kevin Waugh: D'accord.

La présidente: Je dois passer aux questions par souci d'équité.

La parole est maintenant au député Anandasangaree.

M. Gary Anandasangaree: Je vais céder mon temps de parole au député Vandal.

La présidente: Vous causez beaucoup de ratures sur ma feuille, vous savez?

M. Gary Anandasangaree: Dan, ils pourraient peut-être d'abord finir de répondre à cette question.

M. Dan Vandal: Oui, bien sûr, s'ils ont besoin de plus de temps.

M. Keith Conn: Pour revenir à ce qu'a dit M. Waugh au sujet du défi que doivent relever les communautés inuites du Nord et, bien sûr, les gouvernements du Nunavut et des territoires, nous avons transféré toutes les ressources et le financement des soins à domicile. Ils travaillent en partenariat avec les communautés et les divers organismes de prestation de services pour s'assurer qu'ils disposent d'une main-d'oeuvre culturellement adaptée. C'est leur domaine d'intérêt. Je sais qu'ils font beaucoup de travail progressiste auprès de simples citoyens de la communauté qui pourraient faire partie de l'équipe de soins à domicile, en plus de l'infirmière des soins à domicile.

Il y a là des innovations intéressantes, et il est important de le mentionner.

M. Dan Vandal: J'ai une question d'ordre général. Vous occupez tous les trois votre poste depuis quelques années, j'imagine.

M. Keith Conn: J'ai apparemment un intérim d'un an.

M. Dan Vandal: J'ai pour vous une question d'ordre général: quel est le plus grand besoin? Si l'on ne devait faire qu'une recommandation pour améliorer le système, quelle serait-elle?

Ma question s'adresse à n'importe lequel ou laquelle d'entre vous.

Mme Robin Buckland: Pour notre part, en ce qui concerne les soins de longue durée, nous essayons de nous assurer de ne pas déterminer de solution avant d'avoir vraiment évalué le problème. Encore une fois, j'évaluerais l'importance de travailler avec des partenaires et de réfléchir à ce continuum de soins. Les soins de longue durée ne constituent pas nécessairement la solution qui convient à tout le monde. Nous examinons toutes les options possibles pour chaque personne et chaque communauté.

C'est assurément là-dessus que nous mettons l'accent.

M. Dan Vandal: Avez-vous quelque chose à ajouter?

Mme Brenda Shestowsky: Je suis d'accord pour dire qu'il sera très important d'envisager un continuum de services, car les besoins de chaque communauté sont très différents. Même au sein de chaque communauté, les besoins des gens varient grandement. Nous devons adopter une approche souple qui permet de fournir les services au besoin.

Les partenariats seront également très importants. Comme les gens autour de la table l'ont souligné, les économies d'échelle demeurent un important facteur pour ce qui est des partenariats que nous pouvons établir afin que les services puissent être offerts là où existent les besoins.

M. Keith Conn: Personnellement, je crois que les analystes de votre comité trouveront sans aucun doute des analyses environnementales, des documents de recherche et des documents de travail intéressants qui leur permettront d'approfondir la question et de la creuser en profondeur afin de déterminer ce qui est nécessaire, les variations des besoins et la façon d'aborder la question dans la perspective globale du continuum des services sous l'angle de l'analyse. Ces renseignements existent. Certains datent d'il y a longtemps, mais ils demeurent d'actualité et pertinents par rapport à la réalité d'aujourd'hui.

M. Dan Vandal: Évidemment, on peut examiner les déterminants sociaux de la santé. Si vous améliorez ces déterminants, vous en faites déjà beaucoup.

Je n'ai rien d'autre à ajouter, madame la présidente.

La présidente: Nous pouvons conclure avec le député Romeo Saganash.

M. Romeo Saganash: Merci, madame la présidente.

J'aimerais revenir aux obstacles dont vous avez parlé dans votre exposé. C'était fascinant de vous entendre dire, et de lire dans votre document, que l'étude du groupe de travail sur les soins continus entre 2006-2008 « a révélé des lacunes qui sont encore importantes à ce jour ». Vous décrivez ensuite les obstacles. L'un d'eux concerne les longues listes d'attente dans les établissements provinciaux et territoriaux.

Quel genre de données possédons-nous à cet égard? Par exemple, avons-nous des données sur l'utilisation par les Premières Nations et les Inuits des établissements provinciaux et territoriaux?

Mme Robin Buckland: Je pense que nous avons ce genre de données. Je ne les ai pas sous la main, mais je pense que nous pourrions certainement réunir tout cela pour le Comité. Les délais d'attente sont effectivement longs.

● (1635)

M. Romeo Saganash: Oui, les listes d'attente sont longues, mais j'imagine qu'il peut aussi parfois être difficile pour les Premières Nations ou les Inuits d'avoir accès à ces établissements. Je me suis rendu, non pas au Nunavut, mais au Yukon il n'y a pas si longtemps pour parler à des dirigeants autochtones là-bas, et ils m'ont confié qu'il était difficile pour leur propre peuple d'avoir accès à ces établissements. Il pourrait également exister des difficultés à cet égard. Est-ce possible?

Mme Robin Buckland: Bien sûr. L'autre point qui mérite d'être souligné, outre le fait que les délais d'attente sont longs, consiste plutôt à se demander si les soins reçus dans les établissements de soins de longue durée sont culturellement adaptés? Sont-ils culturellement sûrs? Je pense que c'est un autre élément qu'il est important de prendre en considération — les longs délais d'attente, et veiller à ce que les personnes qui prodiguent des soins dans les établissements de soins de longue durée possèdent les compétences culturelles nécessaires pour fournir ces services.

M. Romeo Saganash: Votre ministère a-t-il l'intention de revoir l'étude qui a été faite entre 2006-2008 et de s'attaquer à ces obstacles?

Mme Robin Buckland: Tout à fait. On nous a demandé d'examiner la question des soins de longue durée et les options stratégiques. En fait, les Instituts de recherche en santé du Canada, les IRSC, collaborent avec nous pour organiser un « échange des meilleurs cerveaux », un événement de partage des connaissances, en juin. Nous examinerons la question des soins de longue durée et des modèles possibles. Quels sont les modèles novateurs sur lesquels il serait possible de s'appuyer pour répondre aux besoins des peuples autochtones du Canada? J'espère que nous pourrons ensuite approfondir nos réflexions sur la façon de répondre à ces besoins.

La présidente: Merci.

Nous n'avons plus de temps. Je tiens à vous remercier d'être venus. Nous vous sommes reconnaissants de vos commentaires et de votre participation.

Nous allons maintenant passer à huis clos. Je tiens à remercier tous ceux qui ont assisté à nos travaux aujourd'hui. Je vous souhaite à tous une excellente fin de semaine. Au revoir.

Gary.

M. Gary Anandasangaree: Avant de passer à huis clos, j'ai un stagiaire pour l'été. Je veux simplement m'assurer que le Comité est d'accord avec...

La présidente: C'est parfait.

[La séance se poursuit à huis clos.]

Publié en conformité de l'autorité
du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur.* Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur.*

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes
à l'adresse suivante : http://www.noscommunes.ca

Published under the authority of the Speaker of
the House of Commons

SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its Committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its Committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act.* Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act.*

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Also available on the House of Commons website at the
following address: http://www.ourcommons.ca